Rok XXVII. Kraków, 20 Października 1888. Nr. 42.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8. I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przyczynek do chirurgicznego leczenia padaczki.

Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki.

(Według wykładu wygłoszonego w sekcyi chirurgicznéj V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie d. 20 lipca 1888).

Podał **Dr. Roman Barącz**,
operator we Lwowie.

W r. 1881 opisał W. Alexander z Liwerpolu w *Medical Times and Gazette* z 19 listopada 3 przypadki, w których napady drgawek padaczkowych ustąpiły po jednostronném podwiązaniu tętnicy kręgowéj. Pomysł téj operacyi poddał mu Dr. Hughlings-Jackson. Wynik zabiegu był świetnym, gdyż nietylko ustąpiły napady padaczki u wszystkich trzech chorych, ale nadto stan umysłu jednego idyjoty znacznie się poprawił a napady szału również ustąpiły. W r. 1882 pojawiły się dwie nowe prace tegoż autora dotyczące tego samego przedmiotu. W *Medical Times and Gazette* z 11go marca zdaje on sprawę z pięciu nowych przypadków w ten sposób operowanych. U 3ch chorych idyjotów, u których podwiązał tętnicę obustronnie, poprawił się po operacyi znacznie stan umysłowy, napady padaczki ustąpiły u 2 chorych trwale, u 3ch zaś okazywały dążność do zmniejszania się i rzadszego pojawiania. Autor zbija w rozprawie téj zarzut, jakoby ta operacyja działała tylko przez wpływ psychiczny tém, że chorzy idyjoci nawet nie wiedzieli co się z nimi dzieje. Działanie korzystne operacyi tłumaczy zmniejszeniem przekrwienia żylnego rdzenia przedłużonego u epileptyków po podwiązaniu tętnicy. Objawem charakterystycznym fizyjologicznym podwiązania tętnicy kręgowéj jest zwężenie źrenicy po stronie operowanéj; w większości przypadków jest ono trwałém; po podwiązaniu tętnicy kręgowéj po drugiéj stronie i druga źrenica zwęża się; w ten sposób obie wyrównywają się. Objawy te tłumaczy autor obrażeniem gałązek nerwu współczulnego odchodzących od dolnego splotu szyjnego.

W numerze lipcowym czasopisma neurologicznego *Brain* z r. 1882 zdaje wreszcie tenże autor sprawę z 21 przypadków, w których bądźto po jednéj stronie, przeważnie zaś po obu stronach podwiązał tętnicę kręgową z powodu padaczki. W cięższych przypadkach podwiązywał naraz obie tętnice kręgowe; w lżejszych najpierw jednę tętnicę, a gdy wynik był niezupełnie dobrym i napady choć rzadziéj powracały, wykonywał ten zabieg po stronie drugiéj, poczém wynik był albo zupełnym, t. j. napady nie powracały wcale, albo powracały tylko lekkie napady (zazwyczaj tylko *petit mal*, albo napady histeryczne). Jedna z osób operowanych umarła skutkiem zakażenia krwi, wywołanego w skutek zdzierania każdego opatrunku; reszta chorych zniosła zabiegi dobrze a rana zgoiła się u wszystkich przez rychłozrost. Trzej chorzy wolni byli od napadów przez cały rok po operacyi; 9ciu innych można było także uważać za wyleczonych, gdyż przez kilka miesięcy wolni byli od napadów; u 8 nastąpiło znaczne polepszenie tak pod względem częstości jak i siły napadów. Autor kończąc pracę powiada: „sądzę, że podwiązanie tętnic kręgowych należy uważać za zabieg usprawiedliwiony dla leczenia tych postaci padaczki, w których inne środki, jak usunięcie przyczyn obwodowych i leki wewnętrznie podane, nie pomagają. Najlepsze wyniki osiągnąć możemy w przypadkach świeżych, w których inne sposoby leczenia zawiodły; w przypadkach przewlekłych możemy się spodziewać tylko znacznego polepszenia“.

Ja sam miałem sposobność spostrzegać 3 przypadki podczas pobytu mojego w Londynie w r. 1882 w szpitalu św. Tomasza, w których Sydney Jones podwiązał tętnicę kręgową po jednéj stronie z powodu padaczki; wszystkie 3 przypadki dotyczyły chorych, u których ilość napadów na dobę wynosiła od 20—30. Wpływ operacyi był bardzo korzystnym; podczas 3 miesięcznéj obserwacyi nie zauważono u jednego z tych chorych ani jednego napadu; u drugiego wystąpił tylko jeden lekki napad w 2 tygodnie po operacyi; u 3go wystąpiły w przeciągu tego czasu 3 bardzo

łagodne napady. Pomimo wszelkich starań o dalszym losie tych chorych dotąd dowiedzieć się nie mogłem.

Świetne wyniki uzyskane przez Sydney Jonesa zachęciły mnie do wykonania téj operacyi w odpowiednich przypadkach, których opis podaję [1]).

I. Adam R. ze Lwowa, praktykant pocztowy liczący 22 lat; w wieku dziecięcym cierpiał na drgawki, poczém był zupełnie zdrów aż do 16 roku życia, doznawał tylko często bólu głowy i krwotoków z nosa. D. 24 grudnia 1882 podczas wigilii Bożego Narodzenia upadł i stracił przytomność. W 6 tygodni potém wystąpił podobny napad, poczém napady powtarzały się, z początku co 6 tygodni a obecnie co 3 tygodnie. Prócz tych większych napadów miewał czasem 5—6 razy między niemi małe napady *(petit mal)*. Zwiastunami napadów miały być: ból w tylnéj części głowy, pojawianie się krwi w plwocinach, krwotok z nosa lub silne zatkanie nosa. Chory spodziewał się w ostatnich dniach napadu; ostatni był 12 lutego br. W obec bezskuteczności leczenia środkami wewnętrznemi, w obec zagrożonego bytu chorego (utratą posady), a wreszcie w obec coraz więcéj występującéj myśli o samobójstwie, uważałem, wspólnie z Drem Prusem, zabieg podwiązania tętnic kręgowych za usprawiedliwiony. W obec znacznéj grubości szyi chorego i silnego rozwinięcia mięśni tejże postanowiłem najpierw podwiązać tylko tętnicę prawą; dopiero po upływie pewnego czasu miałem zamiar podwiązać tętnicę lewą w razie bezskuteczności pierwszego zabiegu. Po odpowiedniém przygotowaniu chorego, ogoleniu i odrażeniu pola operacyjnego przystąpiłem do zabiegu d. 6go marca br. przy łaskawéj asystencyi Drów Jaklińskiego (z Komarna), Linka i Prusa. Cięcie poprowadziłem około 7—8cm. długie wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, począwszy od miejsca tuż powyżéj obojczyka. Ukośnie przez ranę przebiegającą żyłę szyjną zewnętrzną podwiązałem podwójnie i przeciąłem pomiędzy podwiązkami. Wyszukawszy rowek pomiędzy mięśniami mostko-obojczyko-sutkowym i pochyłym przednim oddzieliłem je od siebie tępo, przyczém podwiązałem kilka mniejszych tętniczek i żył; mięsień mostko-obojczyko-sutkowy wraz pochwą naczyniową i nerwami błędnym i spółczulnym ujęto w szeroki hak tępy i odciągnięto ku wewnątrz (przodowi), mięsień pochyły przodkowy odciągnięto podobnym hakiem na zewnątrz (ku tyłowi). Wstawiającą się w ranę tętnicę karkową wstępującą ujęto w hak i odciągnięto ku przodowi. Wymacano w głębi kręgosłupa t. z. *tuberculum caroticum*, przecięto głęboką powięź szyi i rozpoczęto poszukiwania za tętnicą kręgową. Dla broczenia żylnego z głębi rany i zalewania pola operacyjnego odszukanie tętnicy było bardzo utrudnionem; krwotok żylny z głębi zatamowano tamponami z gazy jodoformowéj. Ponieważ tętno chorego znacznie osłabło, chcąc w pośpiechu szybkiego ukończenia operacyi oddzielić tętnicę od żyły zraniono nieznacznie żyłę kręgową; dla tego podwiązano podwójnie tętnicę kręgową wraz z żyłą. Tętnica była znacznie rozwinięta; do podwiązania użyto jedwabiu średniéj grubości. Po przestrzykaniu rany rozczynem sublimatu 1:1000, założono w dolną część rany głęboko dren; szew warstwowy, opatrunek jodoformowy uciskowy wzmocniony organtyną krochmaloną. Operacyja trwała 1 ½ godziny od rozpoczęcia narkozy. Chory ocucił się prędko, podany rosół łykał z trudnością, uskarżając się na ból w połyku. 6go marca chory jest swobodny, uskarża się tylko na ból w tyłogłowiu, tętno 100 dosyć pełne, ciepłota 38·4°; zwężenie źrenicy prawéj bardzo widoczne, również lekkie opadnięcie powieki górnéj po stronie operowanéj. Dalszy przebieg był następujący: ciepłota przez 3 dni po operacyi dochodziła do 38·0°, poczém trwale opadła. 6go dnia po operacyi zmieniono opatrunek, usunięto szew materacowy i dren; rana była zespojona przez rychłozrost z wyjątkiem miejsca dla drenu; założono opatrunek przeciwgnilny, jak po operacyi. W 2 tygodnie zmieniono opatrunek po raz drugi i usunięto szew kuśnierski; rana i miejsce szwu były zagojone. Chory od czasu operacyi jest weselszym, napadu dotąd nie miał; 2 tylko razy miał mieć lekki zawrót głowy.

II. T. N. z Chłopów, lat 24; od 7go miesiąca życia doznawał napadów padaczkowych występujących w bardzo nieregularnych odstępach czasu; oprócz napadów odosobnionych dłuższym odstępem czasu miewał okresy, w których ilość napadów z dnia na dzień znacznie się potęgowała dochodząc od 60ciu do 70ciu na dobę, poczém znów stopniowo liczba tychże się zmniejszała aż do względnego ustąpienia. Chorego leczono wszelkiemi możliwemi środkami wewnętrznemi bezskutecznie, dla tego uważałem wspólnie z Drem Prusem zabieg podwiązania tętnicy kręgowéj za usprawiedliwiony. Operacyję wykonałem właśnie wśród okresu potęgowania się napadów.

Dzienna ilość napadów przed operacyją.

Luty	dzień	noc	razem.
21	—	3	3
22	—	3	3
23	—	3	3
24	—	4	4
25	—	3	3
26	—	5	5
27	—	8	8
28	—	7	7
29	4	6	10.
Marzec			
1	10	6	16
2	11	8	19
3	16	10	26
4	20	17	37
5	26	25	51
6	25	25	50
7	28	28	56
8	28	28	56
9	32	29	61

Dnia 10 marca br. przystąpiłem do podwiązania prawéj tętnicy kręgowéj przy łaskawéj asystencyi Drów Gostyńskiego, Jaklińskiego, Linka i Prusa. Ułożenie chorego i cięcie jak u pierwszego chorego. Narkozę rozpoczęto od mięszaniny Billrotha, gdy jednak do 40stu minut nie można było wywołać głębokiego snu, dokończono ją czystym chloroformem. Żyła szyjna zewnętrzna przebiegała ukośnie przez miejsce cięcia; odpreparowano ją i ujęto w hak tępy z przednim brzegiem rany. Mięsień podskórny szyi był bardzo rozwinięty, dla tego wziąłem go zrazu za m. łopatko-gnykowy. Zresztą postępowano zupełnie w ten sam sposób jak u pierwszego chorego. Nerwu przeponowego i mięśnia łopatko-gnykowego zwykle łatwo uwidoczniających się w polu operacyjném nie zauważyłem. *Tuberculum caroticum* u tego chorego było bardzo mało uwydatnione, mięśnie mocno rozwinięte, dla tego odszukanie tętnicy było bardzo utrudnioném. Po podłożeniu igły tętniakowéj pod żyłę wraz z tętnicą chory doznał lekkiego napadu padaczki trwającego około minutę, dla tego operacyję chwilowo przerwano. Oddzielono następnie tętnicę od żyły, podwiązano tętnicę i pogłębiono podwiązkę. Tętnica leżała w głębokości około 7miu cm. Po przestrzykaniu głębokiéj rany rozczynem sublimatu i założeniu sączka na dno téjże zespojono ją szwem dwuwarstwowym (materacowym i kuśnierskim) i założono szczelny opatrunek jedoformowy. Po założeniu opatrunku wystąpił drugi lekki napad. W godzinę po operacyi zauważono widoczne zwężenie źrenicy prawéj i opadnięcie powieki po stronie prawéj, również lekki niedowład nerwu twarzowego prawego.

Dalszy przebieg był następujący. Ciepłota przez kilka dni po operacyi dochodziła wieczorem do 38·0, poczém trwale opadła. Przy pierwszéj zmianie opatrunku 4go dnia po operacyi okazało się, że dren znikł w ranie, przez co brzegi téjże w tém miejscu były zaczerwienione; szwy materacowe i dren wydobyto, ostatni skrócono. Dren zawierał szarawe skrzepy krwi; rana zagoiła się w trzy tygodnie przez rychłozrost.

Napady padaczki występowały jeszcze aż do 24 dnia po operacyi, były one jednak z każdym dniem lżejsze, trwały krócéj i pojawiały się rzadziéj.

Dzienna ilość napadów po operacyi.

Marzec		dzień	noc	razem.
10	przed operacyją	7		
	po operacyi	13	18	38
11		20	20	40
12		17	15	32
13		18	18	36
14		18	16	34

[1]) Pierwsze 2 przypadki zawdzięczam Drowi Prusowi, za co mu na tém miejscu serdecznie dziękuję.

Marzec	dzień	noc	razem.
15	19	15	34
16	20	14	34
17	21	16	37
18	19	15	34
19	14	15	29
20	16	13	29
21	17	12	29
22	14	11	25
23	15	8	23
24	14	7	21
25	13	6	19
26	10	6	16
27	8	5	13
28	7	3	10
29	7	3	10
30	3	1	4
31	1	1	2
Kwiecień	dzień	noc	razem.
1	—	1	1
2	—	1	1
3	—	1	1
4	—	—	—

Napady te były zmodyfikowane i kurcze występowały wprawdzie we wszystkich odnogach, jednak przy końcu napadu po stronie prawej były podobne do tężcowych, t. j. chory wyprostowywał mocno odnogi i robił niemi ruchy broniące się. Według doniesienia listownego ordynaryjusza Dra Jaklińskiego miał chory w okresie od 3 kwietnia po dziś dzień jeden lekki napad. (Dok. n.)

II. Z oddziału prof. Dra Pareńskiego w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

86 przypadków gośćca stawowego leczonego antipyrinem.

Podał Dr. Henryk Sokołowski,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

Leczenie gośćca stawowego antipyrinem nie należy obecnie do nowin terapeutycznych, już bowiem od lat kilku ogłaszają w piśmiennictwie lekarskiém wyniki z używania tego środka, zdania jednak co do skuteczności są tak podzielone, iż każdy przyczynek w téj kwestyi jest pożądanym, zwłaszcza jeżeli spostrzeżenia opierają się na pokaźniejszéj liczbie przypadków. Ogłoszone przed kilku laty z oddziału prof. Pareńskiego wyniki leczenia gośćca stawowego środkami dotąd powszechnie używanemi, (Kopff L. Dr. Spostrzeżenia nad ostrym gośćcem stawowym, Kraków 1880) dają mi możność porównania skuteczności antipyrinu względnie do tych środków, używanych w tych samych warunkach zewnętrznych, przedewszystkiém zaś względnie do kwasu salicylowego, mającego u niektórych niezupełnie zasłużoną sławę środka swoistego w gośćcu stawowym. Jeżeli przejrzymy dotyczącą literaturę, to spotkamy się z przeciwnikami używania antipyrinu w gośćcu stawowym, z jego dość żarliwymi zwolennikami a wreszcie z takimi, którzy mu pewne tylko przyznają zalety stawiając go zresztą na równi z preparatami kwasu salicylowego.

Nieuprzedzony sąd najmniéj może hołdować zapatrywaniom, jakoby działanie antipyrinu w gośćcu stawowym ograniczało się jedynie do efektu antipyretycznego, jak to twierdzi Pusinelli [1]), Frankenberg [2]) i Johnson [3]).

[1]) *Ueber Antipyrin (Aus der med. Abtheilung von Fiedler am Stadtkrankenhause zu Dresden). Deutsche med. Wochenschrift* r. 1886, Nr. 10, 11, str. 143, 165. — [2]) *Antipyrine. New-York med. Record.* 1886, str. 586. — [3]) *Clinical Observations on the action of antipyrin and thallin. Lancet* 28 sierp. 1886, str. 386.

Demmel [1]) poleca antipyrin tylko w gośćcu z wysoką gorączką z przejściem do kwasu salicylowego w chwili jéj opadnięcia.

Masius i Snyers [2]) uwydatniają swoiste działanie antipyrinu przeciw ostremu gośćcowi stawowemu. Podawali go w dawkach jednogramowych co godzina aż do dobrego skutku, który zwykle następował po 5—7 gramów, a późniéj przez dni 14 w dawkach mniejszych. Przy umiejscowieniu się bólu w jednym stawie był antipyrin bezskuteczny. Golebiewski [3]) na podstawie 70 przypadków leczonych w garnizonowym drezdeńskim lazarecie uważa antipyrin jako środek swoisty przeciw ostremu i chronicznemu gośćcowi stawowemu, stojący co najmniéj na równi z kwasem salicylowym. Czas leczenia wynosił średnio w świeżych przypadkach 3—4 dni, dawka zaś dzienna dochodziła do 10 gramów. Nie rozstrzyga on, czy recydywy są częstsze przy używaniu antipyrinu czy kwasu salicylowego. Fränkel [4]) na podstawie 34 przypadków uważa antipyrin jako specyficzny w gośćcu stawowym. W 13 lekkich przypadkach nastąpiło szybkie wyleczenie 9 razy, w 21 ciężkich 4 razy. Zaletami antipyrinu według F. są łatwość podawania (?) i brak ubocznego działania. Nie jest on jednak w stanie zastąpić kwasu salicylowego, bo z jednéj strony zachodzą przypadki opierające się działaniu antipyrinu (na 34 dwa) i recydywy są częstsze (między 13 lekkiemi przypadkami 4 razy, między 21 ciężkiemi 11 razy). Przeciwskazania natomiast są rzadkie, w tym względzie wymienia jeden tylko przypadek wysypki i podwyższania się ciepłoty.

Favari [5]) podawał antipyrin w 4 przypadkach świeżych z skutkiem, iż w 2gim dniu wraz z gorączką i bóle stawowe zniknęły, podczas gdy w jednym przypadku, trwającym już od 20 dni, przyszło wprawdzie do deferwescencyi bez zmniejszenia bólów i objawów zapalnych.

Reihlen [6]) podawał antipyrin miasto kwasu salicylowego wywolującego majaczenia i spostrzegł zmniejszenie się bólów i obrzmienia.

Neumann [7]) obserwował 17 przypadków i stwierdził korzystne działanie tak co do bólów jak i obrzmienia. Nie daje on wcale pierwszeństwa kwasowi salicylowemu, który nie zapobiega także recydywom i uporczywym złogom zapalnym. Ilość użytego leku wynosiła 13,00—83,00 gramów. Blanchard [8]) zauważył szybciejsze działanie antipyrinu w gośćcu stawowym od kwasu salicylowego, choć sprowadzał on często *erythema*. Nadto twierdzi, iż w gośćcu powikłanym z wadami sercowemi można dawać bardzo długo dość wysokie dawki antipyrinu bez wywołania zapadu. Clement [9]) przekłada antipyrin nad kwas salicylowy ze względu na możność podawania go nawet przy istnieniu wad sercowych

[1]) *Ueber die Anwendung des Antipyrin. Bericht aus dem Jennerschen Kinderspital.* Rocznik XXIII, str. 37. — [2]) *Contribution à l'etude de l'antipyrine. Bull. de l'Academie de Belgique* r. 1886, Nr. 6, str. 547. — [3]) *Ueber die Wirkung von Antipyrin bei Gelenkrheumatismus. Berliner klin. Wochenschrift* r. 1886, Nr. 28. — [4]) *Ueber Antipyrin-Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wochenschrift* r. 1886, Nr. 43, 44. — [5]) *L'antipyrina rispetto al sintomo febre. Gazz. med. Ital. Lombardia* r. 1886, Nr. 24, str. 231. [6]) *Ueber Antipyrin. Nach Beobachtungen aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg. Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom XXXVIII, str. 534. — [7]) *Antipyrin bei acutem Gelenkrheumatismus. Berl. klin. Wochenschrift* r. 1885, Nr. 37. — [8]) *Sur l'action de l'antipyrine. Rev. med. de la Suisse romande* r. 1886, Nr. 5, str. 281. — [9]) *De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu avec complications diverses. Lyon med.* r. 1886, Nr. 35.

z dobrym skutkiem. Hesse [1]) zaznacza w 43 przypadkach dobre skutki, lecz częste recydywy, czas leczenia względnie był krótszy, bo gdy przy kwasie salicylowym wynosił 32 dni, to przy antipyrinie 26 dni. Lenhartz [2]) tak samo Alexander [3]) na podstawie 24 przypadków uważają antipyrin za środek polecenia godny, stojący na równi z salicylanem sodowym. Podawał wszakże Lenhartz antipyrin na przemian z kwasem salicylowym. W przeciwieństwie do kwasu salicylowego zaznacza brak ciężkich i przykrych objawów pobocznych, osobliwie co do akcyi serca i poleca antipyrin tam, gdzie kwas salicylowy nie działa albo dla stanu osłabienia i przypadów mózgowych jest przeciwwskazany. Ruge [4]) stawia antipyrin na równi z kwasem salicylowym. Bernheim [5]) twierdzi, iż recydywy po antipyrinie są częste. Secretan [6]) tak antipyrinowi jak i kwasowi salicylowemu odmawia działania swoistego.

Niezależnie od wymienionych publikacyj, które dopiero późniéj się pojawiły, począł prof. Pareński w drugiéj połowie r. 1884 używać antipyrinu w gośćcu stawowym ostrym i chronicznym, spostrzegł bowiem podczas doświadczeń wykonywanych na jego oddziale przez Dra Wiczkowskiego, (Doświadczenia nad antipyrinem jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi, *Przegląd Lek.* 1885), iż stan chorych na gościec stawowy pod wpływem antipyrinu bardzo szybko się polepszał, przypady podmiotowe dotkliwe znacznie się zmniejszały, a trwanie choroby nader często się skracało. Te dobre wyniki, jakotéż przekonanie prof. Pareńskiego o niezupełnéj swoistości kwasu salicylowego w gośćcu stawowym, częste występowanie zapadu oraz stwierdzenie na zwłokach bardzo licznych nadżerek krwotokowych na błonie śluzowéj żołądka przy używaniu kwasu salicylowego w większych dawkach skłoniły go, iż od roku 1884 do téj chwili antipyrinu tak w ostrym jak i przewlekłym gośćcu stawowym bez przerwy używa. W ten sposób zebrała się dość poważna liczba przypadków, stanowiących podstawę do omówienia wartości leczniczéj antipyrinu w gośćcu stawowym. Wstrzymuję się od podawania opisów pojedynczych przypadków, któreby z powodu swéj jednostajności zbyt nadużywały cierpliwości czytelników. Wskazaniem przy podawaniu antipyrinu było obrzmienie stawów i bolesność; gorączka była rzeczą mniejszego znaczenia, gdyż środek ten był podawany nie jako przeciwgorączkowy, lecz jako środek swoisty w téj chorobie, mający na nią wprost działać, to też podawano antipyrin także w stanie bezgorączkowym. Pod względem dawki tak pojedynczéj jak i całodziennéj nie trzymano się stałéj formułki, lecz stosowano się z ilością dzienną antipyrinu do szybkości i wydatności jego działania. Najczęściéj używano 4,00 dziennie, w dawkach gramowych co godzina, czasem wypadało podać 6,00 w dawkach dwugramowych co godzina, rzadko 10,00 w 5 dawkach dwugramowych. Zawsze brali chorzy antipyrin jako proszek w opłatku popijając winem z wodą. Jeżeli przypady podmiotowe chorego okazywały znaczne polepszenie, zaprzestawano tegoż dnia podawania antipyrinu, lecz podawano go w następnych dniach w téj saméj dawce, jaka się okazała dnia poprzedniego dostateczną do sprowadzenia euforyi, t. j. do ustania bolów. Najwybitniejszym bowiem objawem działania antipyrinu w gośćcu stawowym jest albo zupełne ustanie, albo znaczne zmniejszenie się bólów bez konieczności natychmiastowego ustąpienia obrzmienia w okolicy stawów i ten objaw, t. j. dłuższe utrzymywanie się obrzmienia bez bolesności, zdarzał się dość często. Chorzy, którzy przedtém najmniejszego poruszenia wykonać nie mogli, z tem samém jak przedtém obrzmieniem mogli bez bólu swobodnie poruszać choremi członkami. W dość znacznéj liczbie przypadków, w których po zaprzestaniu używania antipyrinu sprawa chorobowa do tych samych stawów wracała lub nowe stawy zajmowała, ponowne podawanie antipyrinu usuwało rychło zajęcie stawów, okoliczność ta dowodziłaby ostatecznie swoistości antipyrinu w gośćcu stawowym.

Jakkolwiek antipyrin łagodzi i usuwa wybuchy sprawy gośćcowéj, nie jest wszakże w stanie w każdym przypadku zapobiedz występowaniu choroby w innych stawach, ani téż uchronić chorych od powrotu choroby. Jaką drogą odbywa się wpływ zbawienny na schorzałe stawy, czy przez działanie troficzne (Bernheim), czy téż przez działanie analgetyczne na środki nerwowe (Secretan), nie można dziś jeszcze stanowczo rozstrzygać.

Oceniając działanie antipyrinu można rozróżnić działanie: 1) zupełne, t. j. ustąpienie bólów, obrzmienia i brak nawrotu choroby, 2) niezupełne, t. j. ulga w bólach, przerwa chwilowa sprawy chorobowéj, wystąpienie jéj jednak rychłe w tych samych stawach lub pojawienie się w stawach dotąd niezajętych; 3) bezskuteczne mimo dłuższego używania.

Pomiędzy 86 obserwowanemi przypadkami gośćca stawowego było 68 z gorączką mierną lub stanem podgorączkowym, 18 przypadków bez gorączki. W pierwszych był skutek zupełny 29 razy, czyli 42·6%, w drugich 7 razy, czyli 18·8%. W liczbie ogólnéj gośćca stawowego spostrzeżono działanie zupełne 36 razy, czyli 41·8%.

Bóle zmniejszały się już po podaniu kilku gramów antipyrinu i najczęściéj ustępowały już w 2—3 dni, rzadziéj po dniach kilkunastu, okazując w tymże czasie wahania w nasileniu, zawsze jednak bezpośrednio po dawce była widoczna ulga. Obrzmienie utrzymywało się często dłużéj niż bóle, lecz także ustępowało po dniach kilku, rzadziéj kilkunastu. Gorączka najpóźniéj 3go dnia schodziła do prawidłowéj ciepłoty. Czas leczenia wynosił średnio w przypadkach z gorączką 19 dni, w bezgorączkowych 32 dni.

Przy działaniu niezupełném rozróżnić należy następujące kategoryje:

1) Bóle i obrzęk ustępują chwilowo, czasem tylko w niektórych równocześnie zajętych stawach, po ustaniu podawania antipyrinu wracają i takowy już na chorobę mało działa (6 przypadków).

2) Bóle i obrzęk ustępują chwilowo, lecz wracają mimo podawania antipyrinu do tych samych stawów, a nawet zajmują nowe (8 przypadków).

3) Bóle i obrzęk zmniejszają się chwilowo, czasem tylko w pewnych stawach razem zajętych, lecz nasilają się na nowo w tych samych stawach a w nowych występują (19 przypadków).

4) Bóle zmniejszają się chwilowo, obrzmienie nie ustępuje (5 przypadków).

[1]) *Ueber die Wirkung des Antipyrin und Salol bei acutem Gelenkrheumatismus nach Beobach. in städt. Krankenhause Moabit. Dissert.* Berlin 1887. — [2]) *Das Antipyrin bei Gelenkrheumatismus. Charité Annal.* Rocznik X, str. 248—278. — [3]) *Virchows Jahresbericht* r. 1884. T. I, str. 385. — [4]) *Antipyrin und antipyretische Mittel in der Behandlung des Gelenkrheumatismus. Dissert.* Berlin 1887. — [5]) *De l'efficacité de l'antipyrine contre le rhumatisme articulaire. Gaz. des hôp.* r. 1885, Nr. 26, tudzież *Gaz. hebdom. de Med. et de Chir.* r. 1885, Nr. 18. — [6]) *Antipyrine et Rhumatisme. Revue med. de la Suisse romande* r. 1885, Nr. 718.

Bez skutku (z wyjątkiem skutku antipyretycznego w przypadkach z gorączką połączonych) był antipyrin 12 razy.

Objawy uboczne były rzadkie, nie podawano bowiem na raz nigdy wielkich ilości antipyrinu.

Poty same uważano dwukrotnie, gdy jednak poty należą bardzo często do typowego obrazu chorobowego gośćca stawowego, nie można ich zatém stanowczo odnieść do działania antipyrinu. Masius i Snyers uważają poty przy antipyrinie jako wyraz regulacyi skutkiem szybkiego opadnięcia ciepłoty. Nudności były raz.

Poty i nudności równoczesne spostrzegano raz, wymioty 2 razy, zapalenie gardła nieżytowe raz, wyprysk ograniczony do skóry karku wystąpił raz. Zapadu nie było nigdy, jakkolwiek antipyrin czasem przez dłuższy czas podawano. Nie pojawiło się także nigdy zatrucie antipyrinem w postaci zbioru przypadów przez Guttmanna podanych, t. j. uczucia gorąca, duszności, bicia serca, sinicy, zwiększonéj ilości tętna i oddechów.

Przy porównaniu wyników leczenia gośćca stawowego antipyrinem a kwasem salicylowym okazuje się działanie zupełne antipyrinu 41·8°, kwasu salicylowego 31·8%.

Z powyższego zestawienia dochodzi się do następującego wyniku:

1) Antipyrin zasługuje o wiele więcéj na nazwę środka swoistego w gośćcu stawowym niż kwas salicylowy, bo pewniéj niż ten ostatni usuwa wszelkie objawy reumatyzmu stawowego ostrego i chronicznego.

2) Działanie antipyrinu kojące (stwierdzone stanowczo w nerwobólach, bólach hysterycznych i uwiądu rdzenia pacierzowego przez Guttmanna, Strzenińskiego, Séego i innych) bardzo rzadko zawodzi.

3) Objawy uboczne tak częste przy kwasie salicylowym a niebezpieczne w powikłaniach gośćca z cierpieniami serca są rzadkie nader przy antipyrinie, nie ograniczają zatém podawania tego zbawiennego środka.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Wpływ wprowadzonych pod skórę w wielkiéj ilości rozczynów solnych na krew i wydzielanie moczu.

(Sprawozdanie tymczasowe).

Podał Edmund Biernacki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

---

2) Bezpośrednio po pierwszym okresie następuje okres wprost przeciwnych zjawisk mianowicie okres zgęszczenia krwi w porównaniu ze stanem krwi przed hypodermoklizmą. Okres ten trwa również jednę lub dwie doby, w tym czasie ilość wody we krwi jest mniejszą, zawartość części stałych i ciężar gatunkowy krwi większy, niż było normalnie. Ilość ciałek czerwonych w danéj objętości jest znacznie zwiększoną i różnica pomiędzy tą ilością i normalną (max. 1,560000 w 1 mm. sz.) jest większą, niż pomiędzy normalną ilością i zmniejszoną w pierwszym okresie (max. 855000); również większą jest zawartość barwika we krwi. Natomiast bezwzględna ilość białych ciałek zmniejsza się, a z tego powodu zwiększa się stosunek ilości ostatnich do pierwszych. Widzimy więc, że w pierwszych dwóch okresach działania hypodermoklizmy białe ciałka co do swéj ilości podlegają wprost odwrotnym wahaniom w porównaniu z czerwonemi. Co do zawartości soli nieorganicznych, względnie chlorku sodu, to ta pozostaje zwiększoną, jak to ma miejsce w pierwszym okresie.

3) Trzeci okres zmian wskutek działania wstrzykiwania podskórnego dotyczy właściwie tylko czerwonych ciałek krwi; inne składowe części nie podlegają już charakterystycznym wahaniom. Mianowicie ilość czerwonych ciałek w badanéj objętości zmniejsza się wtórnie w porównaniu z normą; zmniejszenie to jest jeszcze znaczniejsze, niż pierwotne po wstrzykiwaniu. Ilość bezbarwnych ciałek wraca w tym okresie lub nawet wcześniéj do normy i stosunek ich do czerwonych ciałek wtórnie się zwiększa. Zawartość wody we krwi wraca powoli w tym czasie do normy; co do ilości soli nieorganicznych to nawet dnia czwartego, piątego po wstrzykiwaniu znajdowałem ją większą od normalnéj ilości. Ta zwiększona ilość części mineralnych w czasie, gdy już ilość wody wraca do normy, utrzymuje ciężar gatunkowy na wysokości znaczniejszéj jeszcze, niż to mamy w drugim okresie.

Dnia piątego, lub nawet późniéj, bo szóstego, siódmego, po wstrzykiwaniu roztworu ilość ciałek czerwonych wraca do normy. Ponieważ powiedzieliśmy, że ilość ciałek bezbarwnych staje się zwyczajną już w trzecim okresie zmian, możemy więc twierdzić, że zaburzenia wywołane trwają dłużéj w ilości ciałek czerwonych, niż w ilości białych. Podobnie widzimy, że zawartość części mineralnych i ciężar gatunkowy krwi późniéj wracają do normy, niż zawartość wody we krwi: na zasadzie doświadczeń można także przypuszczać, że zmiany zachodzące w tych częściach składowych krwi wracają najpóźniéj do stanu zwykłego. Nareszcie należy dodać, że ilość wprowadzonego płynu nie wywiera wpływu na stopień zmian w drugim i trzecim okresie.

Że opisane zmiany zależą wyłącznie od działania roztworu solnego, o tém przekonały odpowiednie doświadczenia kontrolujące.

Zrobiłem także kilka doświadczeń co do wpływu wstrzykiwań podskórnych na ciśnienie krwi w tętnicach. Co do tego pytania, to według Maragliany [1]) hypodermoklizma zwiększa ciśnienie krwi i u chorych i u zdrowych ludzi; według doświadczeń Feilchenfelda [2]) na psach nie wywiera żadnego znacznego wpływu. Wyniki moich doświadczeń przemawiają za tym ostatnim poglądem.

Wydzielanie ilościowe i jakościowe moczu podlega również charakterystycznym zmianom, jak i krew. Ilość dobowa moczu po hypodermoklizmie zwiększa się tak, że nie tylko zostaje wydaloną ilość normalna i wprowadzona ilość wody, ale oprócz tego zawsze pewien nadmiar, dochodzący w niektórych doświadczeniach do 800 cm. sz. i jedném słowem rozczyn solny wywiera moczopędne działanie, oczywiście wskutek znanych takich samych własności jego części składowych. Jednocześne wprowadzanie wody do organizmu zwierzęcia przez kanał pokarmowy sprzyja takiemu moczopędnemu działaniu: w saméj rzeczy w tych doświadczeniach, gdzie zwierzę nie otrzymywało osobno wody, a tylko mięso, nadmiar moczu nie stanowił więcéj nad 40 cm. sz. Ciężar gatunkowy moczu w tym czasie jest niższym od normalnego; zawartość procentowa części stałych, z wyjątkiem chlorków, zmniejsza się, ale bezwzględna jest większą od normy; ilość zaś chlorków zwiększa się odsetkowo i bezwzględnie. W dobę, czasem w dwie, po hypodermoklizmie ilość dobowa moczu zmniejsza się nieznacznie, czasem zaś bardzo znacznie (okres drugi) Oczywiście zwiększone wydzielanie moczu w okresie pośre-

---

[1]) Patologija i terapija cholery azyjatyckiej. Petersb. 1887, (tłum. rossyjskie).

[2]) *Tageblatt der 59 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin*, 1886, Nr. 8, str. 305 i nast.

dnim jest przyczyną tego zjawiska; mianowicie działanie moczopędne rozczynu solnego wywołuje zgęszczenie krwi, które zauważamy w tym samym czasie; przy zmniejszonéj zaś zawartości wody we krwi zmniejsza się i ilość dobowa moczu. Dnia trzeciego lub czwartego ilość moczu wraca do normy, ciężar jednak gatunkowy podlega wahaniom dłużéj i staje się normalnym mniéj lub więcéj dnia czwartego lub piątego po wstrzykiwaniu podskórném: w okresie zmniejszonego wydzielania moczu jest on czasem normalny, częściéj zaś znacznie zwiększony, późniéj częstokroć zmniejszony w porównaniu z normą. Ciekawą jest rzeczą, że zawartość chlorków przy zmniejszonéj ilości moczu obniża się nie tylko bezwzględnie, ale i procentowo. Zjawisko to tém więcéj daje do myślenia, że w pierwszym okresie nie ma zwiększonéj bezwzględnie ilości chlorków, nadmiar soli jest zawsze mniejszym od wprowadzonéj ilości (np. w jedném doświadczeniu wprowadzono 2,24 grm., a nadmiar nad normę w moczu = 1,382 grm.); po drugie dnia trzeciego, czwartego, gdy ilość moczu jest już normalną w niektórych doświadczeniach zawartość procentowa i bezwzględna chlorków jeszcze jest mniejszą od normy. Przy takich danych należy przypuścić, że albo reszta wprowadzonéj soli kuchennéj wydziela się późniéj przez mocz, albo, co nawet jest prawdopodobniejsze jako przypuszczenie, że wydziela się innemi drogami i niejako zabiera z sobą z organizmu pewną ilość chlorków, która powinna być wydaloną przez nerki. Fakta jednakże przemawiają na korzyść pierwszego przypuszczenia. Rzeczywiście w niektórych doświadczeniach już trzeciego dnia znowu mieliśmy bezwzględnie większą ilość chlorków w moczu, w niektórych nawet dnia szóstego, siódmego i ósmego po hypodermoklizmie zjawia się wtórne zwiększenie w porównaniu z normą i następnie powrót do normy. Takie zachowanie się wskazuje, że wprowadzona sól kuchenna zatrzymuje się dość długo w organizmie; tego samego dowodzi zwiększona przez długi czas zawartość soli nieorganicznych we krwi, o czém mówiłem wyżéj. Oczywiście ze składowych części rozczynu solnego woda zostaje wydaloną z organizmu wcześniéj, niż sól kuchenna: hypodermoklizma może sprawić zaburzenia w wydalaniu z organizmu téj ostatniéj na 6—8 dni.

Co się tyczy innych składowych części moczu, to w drugim okresie zmian, a niekiedy i na pierwszy dzień powrotu ilości moczu do normy zawartość mocznika jest mniejszą, niż przed wstrzykiwaniem podskórném; dnia czwartego, piątego wraca do normy. Siarkany w drugim okresie znajdują się bezwzględnie w mniejszéj ilości; ale w tym czasie, gdy ilość moczu jest już normalną, zawartość kwasu siarkowego zwiększa się znowu bezwzględnie, co trwa niekiedy jeszcze i 7 dnia po doświadczeniu. Mniéj lub więcéj podczas tego wtórnie zwiększonego wydzielania siarkanów, dnia czwartego, piątego po hypodermoklizmie w kilku doświadczeniach zauważyłem h e m o g l o b i n u r y j ę, która trwała dwa, trzy dni. W tym samym czasie we krwi można było zauważyć wtórny silny spadek ilości ciałek czerwonych (doświadczenia robione były porównawczo na tym samym psie); oczywiście ten wtórny spadek zależy od rozpadu znacznéj ilości ciałek w skutek silnie zmienionego składu chemicznego, wzgl. zgęszczenia krwi, o czém świadczą rozbiory chemiczne. Produkty tego rozpadu wydzielają się przez nerki; tém można objaśnić sobie wtórne zwiększenie ilości kwasu siarkowego, hemoglobinuryję.

Z przytoczonych rezultatów pracy widzimy, że działanie fizyjologiczne wprowadzonego pod skórę roztworu solnego przedstawia dość stron ciekawych i sobie właściwych. Przekonywamy się, że działanie tego tak zwanego „obojętnego“ rozczynu fizyjologicznego nie jest zupełnie obojętném dla organizmu i trwa stosunkowo bardzo długo. Rozczyn ten wywołuje nie tylko rozwodnienie krwi, ale i wprost przeciwne działanie, bo zgęszczenie: przytem we krwi powstają znaczne zaburzenia w składzie chemicznym, co wywołuje silny rozpad ciałek krwi i hemoglobinuryję. Te zjawiska nie są naturalnie małoznaczącemi i niewinnemi dla organizmu. Mając na uwadze takie fakty, mniemam, że należy zwracać na nie uwagę przy stosowaniu lecznicz ém hypodermoklizm; chociaż wstrzykiwania robione są tutaj przy innych warunkach ze strony organizmu, jednakże mogą one wykazać w pewnym choć stopniu swoje działanie fizyjologiczne. Oprócz tego jest bardzo potrzebném zbadanie działania powtórnie robionych wstrzykiwań, gdy działanie jednego z nich jeszcze się nie zakończyło; jestto konieczne dla tego głównie, że przy teraźniejszém stosowaniu hypodermoklizmy używają się one właśnie w taki sposób.

IV. Krótki pogląd na rozwój antiseptycznego traktowania ran i sposób ich leczenia w klinice chirurgicznéj krakowskiéj w obecnéj chwili.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent téjże kliniki.
(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 26).

Niezaprzeczoną zasługę położył N e u b e r około utrwalenia pierwszego opatrunku na cały okres gojenia się rany świeżéj pooperacyjnéj. Uchylając sączki zniewalające do zmiany opatrunku, wprowadził on celem ułatwienia odpływu wydzieliny tak zwaną kanalizacyję, t. j. zakładanie otworów przenikających skórę i mięśnie, a uchodzących na zewnątrz w najniższych częściach rany. Z żywém pragnieniem wydalenia sączków na zawsze z świeżych ran łączy się dążność N e u b e r a do ograniczenia wydzieliny przyrannéj przez troskliwe zapobieganie z jednéj strony zakażeniu, z drugiéj zaś drażnieniu rany i troska o wykluczenie ognisk martwych. Tą myślą przejęty stworzył on nową odmianę w leczeniu ran i nazwał ją w przeciwieństwie do uświęconéj powszechnie metody antiseptycznéj l e c z e n i e m a s e p t y c z n é m, a któreby raczéj nazwać należało aseptyczném traktowaniem w czasie operacyi rany przygotowanéj i opatrzonéj antiseptycznie.

Prócz usunięcia sączków różni się bowiem postępowanie N e u b e r a tém, że śród operacyi rozczyny antiseptyczne nie mają przystępu do rany, aby nie drażnić jéj zbytecznie; desinfekcyja zaś rąk, narzędzi i pola operacyjnego odbywa się według ugruntowanych dotąd prawideł antiseptyki. Opatrunek również (przynajmniéj z chwilą publikowania téj metody) hołdował wymogom dotychczasowym antiseptyki. Wzorowe urządzenie sali operacyjnéj, uchylające wpływ pierwiastków zakaźnych, czystość nienaganna powietrza i otoczenia chorego dorównywające temu pojęciu w bakteryjologii, odpowiednia technika operacyjna potrafią zapewnić ranie, według słusznego rozumowania N e u b e r a, nawet bez pomocy rozczynów antiseptycznych, wolny od zakażenia przebieg.

Innemi drogami i z innego punktu założenia, w istocie rzeczy jednak do tych samych rezultatów doszedł S c h e d e, który wyłożył na XV Zjeździe chirurgów w Berlinie entuzyjastycznie powitaną metodę swego postępowania i nadał jéj nazwę l e c z e n i a r a n p o d w i l g o t n y m s t r u p e m k r w i.

Wbrew zakorzenionemu dotąd pojęciu o zgubnych i złowieszczych następstwach nagromadzonéj w głębi rany krwi wysączonéj, przywraca Schede pokalaną jéj wartość i podnosi niepoznaną doniosłość jako wybornego materyjału plastycznego, który nietylko nie niweczy, lecz przeciwnie wdzięcznie popiera sprawę gojenia się rany.

Zgodnie z tém zapatrywaniem wypełnia téż Schede krwią śmiało aż po brzegi rozległe ubytki w kości i jamy podskórne, chroni się od uronienia zbytniego z rany i wysychania w niéj krwi i dla tego torując ile możności w górnych częściach rany drogi jedynie dla odpływu nadmiernéj ilości krwi przeznaczone, pokrywa ranę szczelnie i gładko przylegającą powłoką z silku, pod którą bez zaburzeń wilgotny strup krwi ulega zorganizowaniu się, a raczéj ustępuje miejsca bujającéj tkance żywéj. Tak leczona rana nie wysącza żadnéj prócz krwi wydzieliny, obywa się przeto zupełnie bez sączków i goi pod jednorazowym opatrunkiem trwałym nie zbyt szczelnie nawet założonym. Opatrunek Schedego podobnie jak Neubera nasycony jest środkami antiseptycznemi i posiada zalety wsysania i wysuszania przesiąkającéj z rany w razie nadmiaru krwi.

Główny warunek udatnego wyniku zarówno metody Schedego, jak i Neubera tkwi w zachowaniu jak najściślejszém rany w asepsis, t. j. w zabezpieczeniu otwartéj rany przed wtargnięciem i rozmnożeniem się w jéj głębi zakażenie niosących jestestw.

Schede powierza to zadanie zlewaniom rany rozczynem sublimatu 1/1000, które nie drażniąc zbytecznie rany upośledza opanowany grunt pod rozwój zarazków; Neuber operując w korzystniejszych warunkach zewnętrznych nie dopuszcza zupełnie do rany antiseptyków i spłukuje ją wyłącznie przekroploną i świeżo przegotowaną wodą.

Odkażenie pola operacyjnego, rąk, narzędzi i stykających się z raną przedmiotów, odbywa się zgodnie przez obu operatorów i według tych samych prawideł antiseptyki.

Różnica między jedną a drugą metodą polega na tém, że Neuber uznając dla rany wartość wysączonéj krwi, nie przecenia w niéj jednak tego zbawczego łącznika plastycznego, który kojarzy ściany jam, wypełniając ich uchylki, lecz stara się przedewszystkiém zamknąć jamę w ranie, zbliżając za pomocą szwów w głąb wpuklających się lub implantacyi skóry części miękkie wzajem ku sobie; krwi pozostawia on jedynie zadanie zapełnienia drobnych szczelin i pominiętych zaułków. Ztąd téż tłumaczy się ucisk dość znaczny wywarty przez Neubera tamponem z gąbki na złączone szwem rany jamiste, ztąd staranne tamowanie krwotoku, do tego celu również zmierzają w najniższych punktach rany wyżłobione otwory dla odpływu swobodnego krwi, która wessana żywo przez bezpośrednio na ranę złożoną gazę jodoformową zasycha w trwały strup pokrywający linię szwów.

Po zdjęciu opatrunku w czasie możliwego zagojenia po upływie 2—4—6 tygodni od chwili operacyi znajduje Schede, a podobnie i Neuber. ranę zupełnie zabliźnioną lub napotyka wąski prążek ziarniny ulegającéj zabliźnieniu, w części jeszcze pokryty strupkiem mniéj lub więcéj zeschniętéj krwi. Głębokie warstwy opatrunku przesiąkły krwią, która dokładnie wysychając tworzy z nich bezwonną suchą skorupę.

Wspólną zaletą postępowania Schedego i Neubera jest oswobodzenie ran z sączków i oparcie opatrunku trwałego na ściśléj i słusznéj podstawie, a chociaż ugruntowanie téjże wyłącznie przypisują Schedemu, trudno wytrącić całą zasługę z rąk temu, kto pierwszy dał pochop w tym kierunku i pierwszy zbierał owoce swéj pracy.

Udziałem obu pozostanie ta chlubna zdobycz potomnym przekazana, która zwalczając błędy przeszłości dobitnie wskazuje, że wydzielina nie stanowi nieodzownego wypływu w okresie gojenia się rany, że aseptyczna rana, prócz wynaczynionéj w pierwszych godzinach krwi, nie wysącza żadnego zresztą wycieku.

Wyborne wyniki osiągnięte przez Neubera i Schedego, uchylenie za ich metodą długotrwających po sączkach przetok, znaczne skrócenie okresu gojenia się ran jamistych i utrzymanie spokoju, tego nieodzownego warunku do zrastania się ran w kości, zbyt ponętne ukazały widoki, aby znaczna część chirurgów nie wstąpiła w ich ślady, przyswajając sobie jednę lub drugą metodę postępowania, częstokroć kombinując ich pojedyncze wymogi lub tylko przekształcając odpowiednio własny sposób dotychczasowy leczenia ran.

Nie prędko zapewne uogólni się wyrugowanie śród operacyi rozczynów antiseptycznych mimo niezaprzeczonéj słuszności zarzutów, które Neuber w walce przeciwko nim przywodzi, a lubo chirurgowie angielscy już dawniéj wyłamywali się z pod przewagi antiseptyków, odosobnione tylko dotąd spotyka się na ich zgubę zamachy. Chęć porzucenia niewolniczéj roli wobec środków antiseptycznych odkrywa w ich pełnym zrazu blasku niejednę skazę, która szczerbiąc wysoki piedestał, coraz to mniejsze zakreśla dla ich działania kręgi. Czasy bezwzględnych hołdów i zupełnego poddania się minęły beopowrotnie, odkąd w pozornéj a zjadliwéj częstokroć sile odkryto niemoc i uszczerbki.

Wartość *antisepticum* w opatrunku straciła wiarę z chwilą, gdy go wzięto pod ścisły rozbiór badawczy i wykazano ułudne znaczenie téj domieszki w cennym zresztą z powodu swéj siły resorpcyjnéj materyjale opatrunkowym. Wypróbowane na polu bakteryjologii sposoby i przeszczepione na grunt praktyczny, dobrze już zasłużyły się około chirurgii opatrunkowéj, przynosząc w miejsce nieaseptycznych dotąd środków opatrunkowych wyjałowione z ustrojów zakaźnych materyjały pod działaniem pary wodnéj do 100° ogrzanéj w przyrządzie Rietschla i Henneberga.

Nowa era otwiera się dla antiseptyki, a w niéj wszechwładne dzisiaj pierwiastki antiseptyczne najmniejszy, w każdym razie dość ograniczony zabiorą udział, a chociaż uznanie powszechne nowego porządku rzeczy, który okupić wypadnie nie małą ofiarą z trudu i dobréj woli, zwolna tylko przeniknąć może ogół, ufność w wytyczoną już dzisiaj drogę budzi otuchę na przyszłość.

A lubo runą niejedne jeszcze środki pod naciskiem nowych poglądów i potrzeb, zasada antiseptyki zostanie zawsze tażsama, a z nią niezmiennie spleciony wieniec zasłudze Listera.

Chcąc skreślić bodaj pobieżnie sposób leczenia ran w zakładzie gromadzącym nieco większą liczbę chorych, nie podobna nie uwzględnić przy opisie warunków, śród jakich leczenie to się odbywa. Z prawdziwą przykrością i niechęcią dotykam tego przedmiotu, a jedynie nadzieja rychłego wyzwolenia się z obecnych stosunków po niedalekiem otwarciu kryjącego się właśnie pod dach nowego budynku klinicznego, dodaje mi bodźca i podniety. Powołując się na bliższe szczegóły zawarte w sprawozdaniu kliniki chirurgicznéj z r. 1883, gdzie w uwagach wstępnych podał prof. Mikulicz dość obszerną wzmiankę o smutném położeniu kliniki kra-

kowskiéj, zaznaczę tu tylko, że sala operacyjna niska i mała, do tego dość ciemna, winna pomieścić w miesiącach letnich przeszło 180 słuchaczy, a służy zarówno do operacyj, jakoteż do demonstracyi chorych ambulatoryjnych, że sale chorych dotykają bezpośrednio wychodków, że poliklinika znalazła szczupły jedynie kącik za parawanem w jednéj z sal oddziału męskiego, że w odległości kilku zaledwo metrów od okien budynku klinicznego mieści się trupnia klinik wspólna i prosektoryum medycyny sądowéj; dość przyczyn niefortunnych, aby zaostrzyć uwagę i spotęgować zwykle ostrożności przeciw najpomyślniejszym warunkom do zakażenia ran.

Ztąd téż desinfekcyja rąk, narzędzi i pola operacyjnego odbywa się z tą ścisłością i pedantyzmem w postępowaniu, które w zakładzie naukowym corocznie zmieniającym czynne częstokroć przy zabiegach operacyinych audytoryum bezwzględnéj wymaga surowości i przesadnego baczenia. Że jednak trud w tym kierunku podjęty wdzięcznie się opłaca, dowodzi pocieszający wynik z okresu ostatniego trzechlecia, w którym na 753 chorych w klinice stałéj i przeszło 8000 chorych ambulansów nie zaszedł ani jeden przypadek ropnicy lub róży wikłającéj ranę świeżą u nas w zakładzie zadaną lub leczoną.

Do odkażenia rąk i pola operacyjnego posługujemy się rozczynem sublimatu $^1/_{1000}$, narzędzia poddajemy przez $^1/_2$ godziny działaniu 5% kw. karbolowego, zmieniając następnie rozczyn 5% z chwilą rozpoczęcia zabiegu operacyjnego na rozczyn 3%.

Po doświadczeniach Gärtnera i Plaggego, z których wynika, że rozczyn 3% kw. karbolowego już po upływie paru minut wywiera wpływ zabójczy na groźne dla rany ustroje drobnowidowe zakaźne, użycie silniejszych rozczynów zanadto drażniące ręce podającego narzędzia, a co więcéj i ranę samą, nie przyczynia cię wcale skuteczniéj do ochrony rany od zakażenia. Zlewania rany świeżéj śród operacyi zadanéj ogranicza się do niezbędnego wyjaśnienia zamąconego pola operacyjnego, które téż ile możności ochraniamy od drażniącego działania zwitków z waty lub z włókna drzewnego osłoniętego gazą. Tak do irygacyi rany, jakoteż do desinfekcyi wacików stosuje się rozczyn wodny sublimatu $^1/_{1000}$.

Po ukończonym zabiegu operacyjnym spłukujemy ranę krótkotrwałym prądem rozczynu sublimatowego $^1/_{2000}$ i zamykamy ją szwem jużto kuśnierskim dość luźnie założonym lub tam gdzie napięcie skóry i rozstęp brzegów są dość znaczne dodajemy zwalniający szew węzełkowy z jedwabiu. Szew metalowy z nitek srebra wyjątkowo tylko przy niektórych ranach w kości oddaje nam usługi.

Leczenie ran z uchyleniem sączków znajduje w klinice naszéj najrozleglejsze zastósowanie, tak w ranach dotyczących części miękkich, jakoteż w ranach kostnych. Co do metody postępowania i wyniku, jaki osiągnęliśmy, odwołać mi się należy do sprawozdawczéj pracy prof. Rydygiera, umieszczonéj w *Gazecie Lekarskiéj* 1888 r. Nr. 26; dodam tu tylko, że po gorących pochwałach, których doznał kreolin (kreozotorodny produkt otrzymywany przy fabrykacyi smoły z węgli kamiennych), zachęceni poparciem i korzystną oceną Esmarcha i innych, powierzyliśmy w ostatnich czasach środkowi temu w rozczynie 2% role spłukiwania rany i rąk zbroczonych krwią w czasie operacyi. Nie oceniając bliżéj zastósowania kreolinu do leczenia wrzodów przewlekłych i leniwo zabliźniających się powierzchni rannych i jako cennego środka odwaniającego, nadmienię na razie, że użycie kreolinu w świeżych ranach pooperacyjnych mniéj obiecuje widoków, niżeli wolno było wróżyć z owacyjnego dlań przyjęcia.

Laparotomije wykonywamy w osobnym na ten cel przeznaczonym pokoiku, który dzień poprzód należycie zostaje przewietrzony i którego podłoga i ściany wymyte zostają rozczynem 5% kwasu karbolowego, a następnie pokój zamkniętym zostaje aż do chwili przygotowań przedoperacyjnych.

Desinfekcyja narzędzi i pola operacyjnego nie różni się od ogólnie przyjętych w klinice naszéj prawideł, do oczyszczenia wnętrza jamy brzusznéj i wymycia trzew używamy płatków z gazy sublimatowéj lub jodoformowéj maczanych w ciepłych rozczynach 1% kw. karbolowego, kw. salicylowego $^1/_{1000}$ lub kwasu borowego 3%.

Rany dotknięte zakażeniem, ropiejące lub posoczejące oczyszczamy rozczynem sublimatu $^1/_{1000}$, jodoformem lub rozczynem 5% kw. karbolowego. Nowotwory rozpadłe, lub przewlekłe procesy w kości z zapaleniem części miękkich się łączące, jeśli dozwalają na zwłokę, poddajemy wpierw dokładnéj desinfekcyi przez stosowanie ciągłych okładów z rozczynu $^1/_{1000}$ sublimatu, 2% kw. karbolowego, płynu Burowa, lub jak w ostatnim czasie 3% rozczynu kreolinu. Przy owrzodzeniach i posoczejących nowotworach jam pokrytych błoną śluzową, jak jamy ust, pochwy i odbytnicy, przygotowawcze zadanie oczyszczenia osiągamy z korzyścią przy pomocy gazy jodoformowéj.

Katgut używany przeważnie do podwiązek naczyń i do szwu kuśnierskiego przygotowuje się na miejscu w klinice według przepisu Kümmela; jedwab przyrządzony sposobem Czernego służy do szwu przy operacyjach plastycznych i wszędzie tam, gdzie szew albo podwiązka silniejszego doznają napięcia.

Gąbki nie przychodzą wcale w użycie w klinice naszéj; tam gdzie może zajść ich potrzeba, zaradzamy téjże dużemi płatkami z gazy sublimatowéj lub jodoformowéj.

Sączki kauczukowe w przypadkach nienadających się do leczenia bez ich pomocy przechowujemy w 5% kw. karbolowym po 24 godzinném poddaniu ich wpływowi rozczynu $^1/_{1000}$ sublimatu.

Opatrunek antiseptyczny składa się z gazy sublimatowéj, którą w pokładzie 8—12 warstwowym stosujemy bezpośrednio na ranę i z grubych pokładów waty drzewnéj napojonéj sublimatem, osłoniętéj od zewnątrz powłoką gazy sublimatowéj.

Opatrunek ten odpowiada najzupełniéj warunkom żywego wssysania i wysuszania przesiąkłéj z rany wydzieliny.

Umocowanie opatrunku uskutecznia się za pomocą opasek miękkich z kalikotu i opasek organtynowych wykrochmalonych.

Wobec leczenia ran bez użycia sączków proszek jodoformu i gaza jodoformowa bardzo ograniczone znajdują zastósowanie.

W przypadkach procesów gruźliczych, licząc na pewien wpływ korzystny jodoformu na sprawę chorobową, wobec ran w jamie ust, odbytnicy i pochwie, gdzie nieocenione trwałe działanie jego zabezpiecza ranę od zakażenia, przy tamponadzie ran z jakichkolwiek przyczyn przedsięwziętéj, jodoform, jakoteż gaza jodoformowa do dziś dnia pierwszorzędne i niewzruszone zajmują stanowisko. W tych téż razach jodoform równie i nam nieodmienne i wyborne oddał usługi.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Scheuerlen: **Dalsze poszukiwania nad powstawaniem zapalenia ropnego, stosunkiem tegoż do ptomainów i krzepnięcia krwi.**

Fehleisen: **Przyczynki do znajomości zapaleń ropnych**

Już po ukazaniu się pracy méj nad etyologiją ropienia (Przegl. Lek. 34, 35, 36) miałem sposobność zapoznania się z wyż wymienionemi rozprawami, które jako stojące w związku z pracą moją streszczam. Scheuerlen dochodził metody, o któréj wspomniałem był, t. j. przez wprowadzenie rurek wypełnionych cieczą, któréj zachowania dochodził, i następowe kruszenie tychże zachowania się cieczy otrzymanéj z gnijącego mięsa króliczego, które przez 8—10 dni rozkładowi podlegało. Ciecz tę odsączywszy, zjałowiwszy przez kilkakrotne ogrzewanie umieszczał w rurkach szklanych, które po zagojeniu się skruszywszy, otrzymywał ograniczone ogniska ropne, w których treści zupełnie grzybków ropotwornych nie było. Ogniskom takim brakło dążności rozszerzania i rozogólniania się. Ciecz ta zmięszana z świeżo wypuszczoną krwią odbiera jéj własność krzepnienia, ciałka krwi czerwone znacznie pokurczone nie układają się w rulony jak to przy prawidłowém krzepnieniu ma miejsce. Autor dochodził nadto zachowania się tkanek w obec cieczy, jaką otrzymał przez zmywanie hodowli grzybków ropotwórczych jak *Staphylococcus pyogenes aureus* i *St. p. albus*, które poprzednio na pożywce agarowéj rosły, taż odpowiednio zjałowiona również ograniczone ropnie wywoływała a zmięszana z krwią odbierała téjże własność krzepnienia. Daléj przedsiębrał S. doświadczenia z kadawerynem i putrescinem Briegera a badania jego wcześniejsze od badań Grawitza, chociaż późniéj od tychże ogłoszone, zgodne dają wyniki. Oba te połączenia chemiczne są w stanie wywołać ropienie i wstrzymywać krzepnięcie krwi. Badania te rozszerzają zatém badania Al. Schmidta i Klempnera, którzy niekrzepnięcie wypociny ropnéj tłumaczyli niszczeniem istoty krzepnącéj (*fibrinogen*) przez grzybki roporodne.

Stałe pojawianie się grzybków z rodzaju *Staphylococcus* i *Streptococcus* przy ograniczonych lub rozlanych zapaleniach ropnych, daléj stałe pojawianie się tychże w posocznicy przyrannéj i posocznicy położnic zachęcić musiało do badań eksperymentalnych nad działaniem grzybków tych na ustrój. Jakkolwiek natura grzybków tych jako grzybków roporodnych dostatecznie stwierdzoną została, pozostawała zawsze uwagi godna kwestyja, dla czego grzybkami temi wprowadzonemi do ustroju nader rzadko wywołać można zakażenie ogólne a tak często ograniczone ropienie, dla czego mała ilość grzybków tych wprowadzona do ustroju wessaniu ulega a dopiero wielkiemi ilościami, jakie z całą pewnością ani w powietrzu ani w nieczystych narzędziach itd. się nie znajdują, ropienie wywołać można. Kwestyję tę badał bliżéj Fehleisen a jakkolwiek wyników dodatnich nie otrzymał, zdają się badania jego rzucać wyraźniejsze światło na kwestyję powstawania ropni a mianowicie co raz to lepiéj uwydatnia się kierunek w upatrywaniu chemicznego działania grzybków roporodnych. I tak znalazł F., że ropa zawierająca grzybki te wybitniéj i silniéj działała niż hodowle grzybków tych w wodzie lub gelatynie rozmąconych. Daléj znalazł on niestałość wyników przy podskórném i śródotrzewnowém szczepieniu grzybków tych, niestałość niedającą się ani wiekiem ani nasileniem hodowli tłumaczyć. Natomiast wzmacniając hodowle grzybka *Staphylococcus pyogenes aureus* niezbadaném bliżéj połączeniem chemiczném, wydobytém metodą Briegera z tkanek rozlaném zapaleniem ropném dotkniętych, otrzymał albo ogólne zakażenie posocznicowe lub téż ropnie, chociaż ilość dodanego grzybka tak była małą, że w zwyczajnych warunkach wprost wessaniu ulega. (*Archiv für klinische Chirurgie* T. XXXVI.)

Dr. J. Karliński.

Patologija.

Prof. Semmola: **O przyczynach białkomoczu.**

Dawne swoje doświadczenia nad przyczynami białkomoczu powtórzył prof. S., chcąc się przekonać o ile wyniki dawniéj otrzymane, są rzeczywiście prawdziwemi i o ile zarzuty, które go z licznych stron spotkały, mają słuszne podstawy. Badał zatém licznych zdrowych i chorych, w kierunku białkomoczu i jego następstw, czynił doświadczenia na zwierzętach, badał nerki ich jak i nerki ludzi po śmierci, a na podstawie znacznego materyjału dochodzi do następujących wniosków: Nie jest słuszném, aby w praktyce na podstawie białkomoczu rozpoznawać zapalenie nerek, a jeżeli nawet w moczu znajdą się upostaciowane składniki przemawiające za takowém, to jeszcze należy uwzględnić, czy przypadkowo nie istnieje w danym przypadku jakieś ogólne zaburzenie w wymianie materyi i niedostateczném przyswajaniu białka. Niesłuszném jest, zdaniem prof. S., zdanie klinicystów, że przez podawanie wyłącznie pokarmu bogatego w azot można wynagrodzić utratę białka wydzielonego drogą nerek, przeciwnie ma to nawet ilość utraconego białka powiększać. Skoro tylko białko w moczu się pokaże, powinno się uważać za podstawę leczenia, podawanie mleka, które sprawia, że już po 24 godzinach białko z moczu zniknąć może, w niektórych razach znacznie ilość jego się obniża. Według zdania prof. S. powinno się porzucić i zaprzestać podawania środków ściągających w przebiegu białkomoczu, a przedewszystkiém w przebiegu przewlekłéj choroby Brighta. Szczególnie jako lek ściągający zachwalany kwas galusowy ma, zdaniem prof. S., wcale takim nie być. (*Deutsche med. Wochenschrift 1888*, Nr. 21, 22 i 23).

H. K.

Choroby wewnętrzne.

Hogerstedt (Dorpat): **Jak działa wyłączna dyjeta mleczna w wadach serca?**

Wyniki świetne, jakie otrzymał Karell po podawaniu samego mleka w wadach serca (*Petersb med. Zeitung*), zachęciły H. do doświadczenia tego samego sposobu leczenia na znacznym szeregu chorych. W niektórych przypadkach przynosiło wyłączne podawanie mleka pewną pomoc nawet wtedy, kiedy już żaden ze znanych leków nasercowych i moczopędnych nie pomagał. U jednéj choréj, u któréj dopiero co wyliczone leki nic nie pomagały, a któréj stan z każdym dniem coraz bardziéj się pogarszał, znaczna duszność, poty, nieregularne tętno, ogromna opuchlina kazały się prędkiéj spodziewać śmierci, rozpoczął H. od podawania łyżki mleka co 2 godziny, z każdym dniem dawkę powiększał, aż doprowadził do 2500 ctm. sz. mleka dziennie. Wydzielanie moczu powiększyło się, białkomocz ustał, opuchlina z każdym dniem się zmniejszała, ogólny stan się poprawił. Przedmiotowo można było również poprawę wykazać, tony serca stały się głośniejsze; po cztérotygodniowém podawaniu mleka przerwano leczenie. H. zwraca szczególną uwagę na powolne podawanie mleka, zachowanie spokoju ze strony chorych i ciepłe okrycie, dla uchronienia ustroju od znacznéj utraty ciepła; ostatnie wskazówki stoją wprawdzie w pewnéj sprzeczności z zapatrywaniami Oertla, nie przeszkadza to jednak, aby w praktyce inaczéj się rzecz przedstawiała, aniżeli teoretyczne wywody uczą; tém bardziéj ma to leczenie coś za sobą, ile że na ostatnim Zjeździe w Wiesbadenie ciężkie w tym kierunku Oertlowi zrobiono zarzuty. (*Zeitschrift f. klin. Med. 1888, Heft* 1 i 2).

H. K.

Choroby nerwowe i umysłowe.

(*H. K.*) Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskich neuropatologów przedstawił prof. Bernhardt chorego **z porażeniem samego tylko pęcherza moczowego i odbytnicy** po upadnięciu na pośladek, z znieczuleniem obu tych narządów, jakoteż prącia, moszen i skóry na około stolca. Odnogi dolne, odruchy na nich zupełnie prawidłowe. Pobudliwość płciowa utrzymana, wystrzyknięcie jednak nasienia niemożliwe z powodu porażenia mięśni *bulbo- et ischiocavernosi.* Przypadek ten ze wszech miar ciekawy i rzadki (zaledwo kilka takich samych jest znanych Rosenthala i Kirchhofa) poucza, że po urazie może tylko sam ośrodek odbytnico-pęcherzowy (*centrum anovesicale*) zostać naruszony. Od jakiegoś czasu zaczyna się stan chorego pod wpływem leczenia poprawiać. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 23).

(*H. K.*) Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego przedstawił Thomsen chorego **wyleczonego z urazowego odruchowego obłąkania.** Chory, którego ojciec i brat byli nałogowymi pijakami,

otrzymał postrzał w prawą kość ramieniową w r. 1870. W piętnaście lat potém (1884) zaczęły się pojawiać bóle w téj samej kości, chory nagle sposępniał i wkrótce potém dostał obłąkania połączonego z urojeniami prześladowczemi. Obłąkanie to jednak występowało tylko napadami, w r. 1887 coraz częstszemi. W grudniu z. r. wyciął w przerwie między napadami prof. Bardeleben bliznę, 1 stycznia b. r. miał chory tylko jeden lekki napad, 24 godzin zaledwie trwający a od tego czasu jest zupełnie zdrów. Charakterystyczném jest, że po téj samej stronie, po któréj znajdowała się blizna postrzałowa, istniało połowicze znieczulenie nawet rogówki, błony śluzowéj nosa, jamy ust, przełyku. Autor twierdzi, że wątpliwości nie ulega, iż miał w tym przypadku do czynienia z obłąkaniem odruchowém, które dopiero w 15 lat po urazie się rozwinęło. (*Charité Annalen*, 1888).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zjazd odbyty w Paryżu celem badania gruźlicy od 25-go do 31-go lipca b. r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Valude: O gruźlicy gruczołów ślinnych. Zmiany gruźlicze występują w jamie ust względnie bardzo rzadko, szczególnie uwzględniając, że błona śluzowa styka się tu wciąż z nieskończenie wielką liczbą mikrobów gruźliczych. Zdaniem mowcy, liczne mikroorganizmy innego rodzaju zawarte w ślinie nie dozwalają prątkom gruźliczym wywołać zmian swoistych na błonie śluzowéj ust. Aby przypuszczenie to uzasadnić, wstrzykiwał V. do gruczołów ślinnych czyste hodowle gruźlicze, przyczém przekonał się w większéj liczbie przypadków, że gruczoły ślinne są dla gruźlicy przystępne. Wydzielina każdego gruczołu osobno wzięta nie jest w stanie ubezwładnić jadu gruźliczego. Przeszkodą zatém jego rozwoju w jamie ust jest zbiór mikroorganizmów różnego rodzaju, a mianowicie ich ogromne mnożenie się. Podobne doświadczenia wykonał V. na spojówkach i woreczkach łzowych i przekonał się, że działaniu prątków zapobiegała zawsze wydzielina gruczołów łzowych, co również przypisać należy obecności innych mikroorganizmów.

Van Hersten z Brukseli przedkłada statystykę, według któréj cielęta bardzo mało (1:700) chorują na perlicę, podczas gdy krowy dojne w liczbie 4 na sto bywają dotknięte tą chorobą. Dowodzi to, że dziedziczenie gruźlicy jest rzadsze niżby się wydawało. Girard dodaje, że w Reims w ciągu 3 lat na 24.000 bitych cieląt znaleziono tylko ośm przypadków gruźlicy.

Posiedzenia z dnia 30 lipca wypełniono odczytami odnoszącemi się do kwestyi przedłożonéj przez Zjazd: O drogach, któremi jad gruźliczy wchodzi do ustroju i w których się rozszerza. Środki zapobiegawcze.

Sekretarz odczytał wiadomość przesłaną przez Torkomiana, który w r. 1882 skaleczył się przy sekcyi człowieka zmarłego na gruźlicę. Pomimo zajęcia gruczołów limfatycznych nie przyszło do uogólnienia gruźlicy. Verneuil i Chauveau również podają, że przy sekcyi nabawili się gruźlicy miejscowéj (*tubercule anatomique*) a brak uogólnienia się jéj przypisują dobréj budowie ustroju.

Petresco z Bukaresztu: O zakażeniu gruźliczém przez plwociny. Środek praktyczny zaradzenia. Osoby dotknięte gruźlicą płuc zakażają swój przewód pokarmowy połykaniem plwocin. Autor otrzymał bardzo dobre wyniki przy zastósowaniu wziewań z eukaliptolu (5%), kreozotu (2%), jodoformu (50%) lub kresylolu (3%). Postępowanie takie, które P. zwie *Antiseptic intra pulmonaire*, czyni plwociny zupełnie nieszkodliwemi. Butel usiłuje dowieść, że gruźlica dostaje się do ustroju o wiele częściéj drogą przewodu pokarmowego niż przez drogi oddechowe. Dla tegoto żywienie dzieci dobrém mlekiem odgrywa niesłychanie ważną rolę dla ich zdrowia.

Giorgieri (z Florencyi) przesłał Zjazdowi pracę p. t. O szpitalach dla osób gruźliczych, w któréj autor żąda: 1) aby urządzono osobne oddziały dla suchotników. 2) aby odwietrzano sale i przedmioty używane przez chorych, 3) aby opiekę nad chorymi powierzono osobom zdrowym i silnym, których wiek przekracza 30 lat.

Ostatnia kwestyja, którą komitet Zjazdowi przedłożył i która była przedmiotem obrad posiedzeń z dnia 31 lipca, brzmiała: „O rozpoznawaniu gruźlicy u ludzi i u zwierząt“.

Espina y Capo (z Madrytu): O wczesném rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Oto wnioski téj pracy: 1) Wywiady, umiejętnie złożone, stanowią podstawę wczesnego rozpoznania. 2) Wejrzenie chorego, to co nazywają *habitus phthisicus*, nie wystarcza, za to ważne są pomiary klatki piersiowéj. Jeżeli obwód klatki piersiowéj u 18-letniego człowieka nie wynosi 74cm., jeżeli odstęp między brodawkami sutkowemi nie dochodzi 17cm., to należy już myśleć o zmniejszeniu pojemności klatki piersiowéj. 3) Powtarzający się i wracający kaszel, duszność przy zmęczeniu i 4) plwociny krwawe wskazują po większéj części gruźlicę. 5) Obecność prątków Kocha jest oznaką późniejszych okresów gruźlicy, w wczesnych okresach daremném byłoby szukać prątków w plwocinach, niepochodzących z rozpadu. 6) Wzniesienie się wieczornéj ciepłoty ciała na 39° — 40°, przy rannych zwolnieniach o 1° — 2°, każe rozpoznać gruźlicę, jeżeli inne przyczyny gorączki wykluczyć można. 7) Wreszcie ważném jest dla rozpoznania śledzenie, czy nie poprzedzała jakaś choroba, szczególnie choroba płuc, która, jak wiadomo, usposabia do gruźlicy.

Arloing: O użytku przeszczepiania na zwierzęta celem rozpoznawania i rokowania w gruźlicy ludzi i o różnicy zachodzącéj między zołzami (*scrofulosis*) a gruźlicą. Mowca przypomina, że już dawniéj opierając się na własnych doświadczeniach wypowiedział zdanie, że prawdopodobnie u ludzi istnieją dwie różne choroby gruźlicze: zołzy i gruźlica w ścisłém tego słowa znaczeniu. W nowszych czasach A. powtarzał dawne doświadczenia posługując się chorymi cierpiącymi tylko na gruźlicę lub tylko na zołzy i przekonał się, że wszelkie zmiany gruźlicze przez szczepienie zabijają świnki morskie i króliki, podczas gdy tkanki zołzowate przeszczepione zakażają świnki morskie a zostawiają króliki nietknięte. Dalsze wywody mowcy wykazują, że drogą operacyi można było otrzymać świetne rezultaty u chorych, u których (przez szczepienie królikom i świnkom morskim) można było rozpoznać zołzy. Co się wreszcie tyczy gruźlicy skóry, to przedstawia ona w każdym przypadku mniejszy stopień zaraźliwości.

Cagny, Grissonauche i Verneuil mówili o rozpoznaniu perlicy u bydła i podczas gdy dwaj pierwsi mowcy wskazywali na prawie pewne objawy choroby, podnosi ostatni wielkie trudności, które nie dozwalają dokładnie rozpoznać.

Na ostatniém posiedzeniu z dnia 31 lipca Laquerrière uwiadomił Zjazd, że Ministerstwo czyniąc zadość życzeniu wyrażonemu przez Zjazd, wpisało gruźlicę pomiędzy choroby zakaźne.

Luton z Reims czyni szereg wniosków odnoszących się do stosowania soli miedziowych, a szczególnie fosforanu miedziowego, przeciw gruźlicy.

Legroux: O rozpylaniu kreozotu. Kreozot rozpuszczony w oliwie lub alkoholu rozpylał L. w zamkniętych pokojach zamieszkałych przez suchotników. Ten sposób leczenia okazał się w szpitalu bardzo dobrym. Ciepłota chorych opadała z 39° — 40° na 36° — 37° i utrzymywała się w tym stanie, kaszel się zmniejszał, apetyt wzrastał, ciężar ciała się podnosił.

Jorissenne i Chauvin mówią o własnościach hemostatycznych jodoformu (Ref. w Przegl. Lek. rb. Nr. 29).

Brémont przedstawia wyniki z 16-letniego stósowania (w szpitalu) terpentyny w postaci wziewań. Chorych pod wpływem tego leczenia przybywa na wadze, prątki znikają, ilość hemoglobiny się zwiększa.

Raimondi: Na 49 chorych w drugim okresie gruźlicy leczonych kwasem fluorowodowym, 15 zostało stanowczo uleczonych po 60 — 80 dniach leczenia. Prątki poznikały. Na wniosek Wydziału, który rozważył wszystkie wnioski uczynione przez różnych członków Zjazdu, Zjazd uchwalił co następuje:

I. Należy Radom zdrowia udzielić wyjaśnienia i przedstawić im wszystkie kwestyje odnoszące się do chorób zakaźnych zwierząt domowych.

II. Zjazd stwierdza z przyjemnością, że rząd wliczył gruźlicę krów pomiędzy choroby zakaźne.

III. Zjazd uznaje za konieczne, aby wyławiano i zupełnie niszczono mięso pochodzące od bydląt gruźliczych, bez względu na ich pochodzenie i wejrzenie.

IV. Należy rozszerzyć między publicznością, szczególnie po wsiach, instrukcyje, któreby dostępnemi środkami ustrzedz miały ludność od niebezpieczeństw, na które się naraża przez spożywanie mięsa i mleka pochodzącego ze zwierząt gruźliczych i pouczyć ją miały o sposobach odwietrzania przedmiotów należących do osób dotkniętych gruźlicą.

V. Należy poddać nadzorowi osobnemu obory i mleczarnie, aby się zapewnić, że mleko nie pochodzi od krów dotkniętych chorobą, mogącą się udzielić człowiekowi.

VI. Uchwały Zjazdu należałoby zastósować we wszystkich państwach, gdy wszędzie, jak we Francyi, kwestyja gruźlicy przedstawia te same warunki.

Następujący zjazd odbędzie się w r. 1890. Prezesem zjazdu wybrany został Villemin, a nowo wybranemu komitetowi poruczono wykonanie uchwał zapadłych na tegorocznym Zjeździe. (Według *Le Progrès médical*, 1888, Nr. 30 i 31). *A. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 października. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego przy niezwykłym udziale członków docent Jordan miał 2 godzinny wykład sprawozdawczy o sposobie leczenia Thure Brandta w Sztokholmie. Sprawozdanie to ciekawe będzie umieszczone w naszém piśmie. Następnie wykładający uczynił wniosek względem założenia towarzystwa opieki zdrowia, który w zasadzie przyjęto i odesłano do Komitetu. — W końcu, aby uczcić zasługi prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, uchwaliło Towarzystwo jednogłośnie zamianować go członkiem honorowym przy sposobności jubileuszu 25 letniéj działalności nauczycielskiéj.

* Z listu otrzymanego od kol. Dra Klikowicza, docenta w Petersburgu, dowiadujemy się, że mylną była wiadomość, podana przez tygodnik lek. petersburski co do dnia jubileuszu prof. Mierzejewskiego. Jubileusz ten odbędzie się dopiero 28 b. m.

* Zasłużony a nam tak sympatyczny docent Dr. Karol Chodounský złożył redakcyję „Časopisma lek. česk.“ pozostając nadal stałym współpracownikiem pisma, które jemu tyle zawdzięcza.

* Od kol. Dr. Zawadzińskiego w Wadowicach otrzymaliśmy list następujący:

„Miło mi jest podać za pośrednictwem „*Przeglądu Lekarskiego*“ do wiadomości Kolegów, jak Władze autonomiczne tutejsze do poprawy stosunków sanitarnych w zakresie swego działania dążą; i tak Wydział tutejszéj Rady powiatowéj na posiedzeniu swém z dnia 12 b. m. na przedstawienie gremialne lekarzy w tym powiecie zamieszkałych uchwalił: 1) przedstawić Sejmowi potrzebę wyznaczenia znaczniejszéj kwoty na przesyłkę większéj niż dotąd ilości krowianki lekarzom tak do szczepienia ochronnego, jak i do szczepienia z konieczności i rewakcynacyi na przypadek pojawienia się ospy delegowanym; 2) wstawić do budżetu swego na rok 1889 kwotę 40 złr. w. a. na zakupno krowianki celem rozdzielenia jéj pomiędzy lekarzy do szczepienia w tutejszym powiecie przeznaczonych, tuż przed rozpoczęciem; 3) wezwać nadto urzędy miejskie Wadowic, Andrychowa, Zatora, Kalwaryi i Lanckorony, aby odpowiednie kwoty (5—10 złr.) na zakupno krowianki do budżetu swego począwszy od roku przyszłego wstawiały. Magistrat zaś miasta Wadowic również na przedstawienie lekarzy miejscowych zakupił wspólnie z Wydziałem krajowym przyrząd desinfekcyjny przenośny od mechanika Rychnoskiego ze Lwowa do użytku mieszkańców i tutejszego szpitala powszechnego. Aby atoli wspomnione przedstawienie tutejszego Wydziału Rady powiatowéj w Sejmie skutek odniosło, może nie od rzeczy byłoby, aby i Koledzy w innych powiatach Wydziały Rad powiatowych do podobnych uchwał skłonili, a wówczas daleko rychléj spodziewaćby się można i urzeczywistnienia wniosku Sekcyi medycyny publicznéj jednogłośnie uchwalonego i na drugiém walném zebraniu tegorocznego Zjazdu lekarskiego przyjętego, a zepewne przez Wydział gospodarczy Wys. Sejmowi już przedłożonego, aby celem szczepienia całéj ludności krowianką kilka zakładów krowiankowych utworzono“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Giessen:** Docent berliński Löhlein mianowany został prof. położnictwa. — **Dorpat:** Prof. Unverricht z Jeny powołany został na prof. kliniki lek. po Schulzem.

* **Nekrologija.** W Mödling pod Wiedniem zmarł b. profesor medycyny w Peszcie Dr. Linzbauer w 81 roku życia; w Petersburgu Dr. Mamonow, dyrektor departamentu lek.; w Bukareszcie prof. okulistyki Fatnières. — W Pradze umarł Dr. Wiktor Quis, asystent przy poliklinice czeskiéj w 28 roku życia.

W Krakowie zmarł Dr. Józef Riedmüller, członek Tow. lek. krak. licząc lat 68. Syn rodziców majętnych, otrzymał wykształcenie wszechstronne; ze zbiegiem niefortunnych stosunków stracił mienie, niemając powodzenia i w praktyce. Do ostatnich chwil życia pomimo trosk o chleb powszedni podążał za postępem nauki i był jednym z najpilniejszych członków Tow. lek. Niechaj mu będzie lekką ziemia, na któréj mało doznawał pociechy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Sędziaka: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy; Gajkiewicza: Najnowsze poglądy na fizyjologiję mózgu (c. d.); Przewoskiego: Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj (dok.), w *Medycynie* Nr. 40: Kosińskiego: Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelita; Seifmana: W kwestyi ochronnego leczenia gruźlicy. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9: Srebrnego: Błonica i dławiec (c. d.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Dunina: O padaczce częściowéj bez zmian anatom. w mózgu; Gajkiewicza: Najnowsze poglądy na fizyjologiję mózgu (dok.); Przewoskiego: Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 41: Rydygiera: Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych; Kosińskiego: Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelita (c. d.); — w *Wiadomościach lek.* Nr. 1: Seifmana: Wpływ perlicy u bydła rogatego na powstawanie gruźlicy u ludzi; — w *Pamiętniku Tow. lek warsz.* Z. III: J. W. Sawickiego: O związku przyczynowym zjawisk, zachodzących w nerwach; Rumszewicza: O ogólném porażeniu mięśniów gałki ocznéj; Pawińskiego: O działaniu siarczanu sparteiny (dok.); Zieleniewskiego: Słownik bibliogr. balneologiczny (dok.); Białkowskiego: Stan nauk lek. za czasów akad. wileńskiéj (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. TALKO-HRYNCEWICZ: Trwanie życia ludzkiego w powiecie zwinogródzkim. (Osobne odbicie z XII tomu Zbioru wiadomości Komisyi antropologicznéj Akad. Umiej.) Kraków 1888.

Dr. SZWAJCER: Abbazia jako stacyja klimatyczna i kąpielowo-morska. (Odbitka z *Medycyny* 1888). Warszawa, in 8o, str. 18.

Dr. KOEHLER: Zwei Fälle von Rhinoscleroma. (Odbitka z *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* etc. 1888, Nr. 7), str. 4.

PRINCE: Advancement of the Recti and Indications for its Employment, 8o, str. 8.

Dr. B. WICHERKIEWICZ: 10-te Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego w Poznaniu. Poznań 1888, in 8vo str. 50.

Sprostowanie. Na str. 528 w. 17 z góry 1 szpalta jest przepuklinowego zamiast otrzewnowego. To samo w wierszu 19 i 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Posada lekarza miejskiego w Błażowy w skutek śmierci byłego doktora została opróżnioną. (Ludności przeszło 4.500 dusz). Płaca roczna 400 złr. i 4 sągi drzewa, oprócz tego dochody z oględzin zmarłych i bydła i wolna praktyka. Doktorowie wszech nauk lekarskich mają pierwszeństwo. Podania na ręce Naczelnika gminy najpóźniéj do dnia 10 Listopada 1888.

Błażowa dnia 15 Października 1888.

Urząd gminny Błażowy.

Jan Kruczek,
Naczelnik gminy.

Krajowa fabryka opatrunków leczniczych i środków desinfekcyjnych w Krakowie poleca:

Opatrunki antyseptyczne, środki desinfekcyjne, artykuły gumowe i leczniczo chirurgiczne po umiarkowanych cenach. Każdy opatrunek téj fabryki opatrzony jest powyższą firmą oraz nazwiskiem fabrykanta lub literami **M. L. D.** w czerwonym krzyżu na co przy kupnie uwagę zwracać prosi.

M. L. Dobrowolski
Kraków, Nowa wieś.

Nader delikatny

w narządach parowych i próżni, najstaranniéj wytworzony zasobny w diastazę zgęszczony

WYCIĄG SŁODOWY

sprzedaje w oplatanych butlach po 16—18 klg., licząc po **80 kr**. za kilogram, we flaszkach 480 grm. zawierających, po **65 kr**. w mniejszych po **45** kr. (w sprzedaży szczegółowej **1 złr.** a względnie **65 kr.**) pierwszy austryacki browar wyciągu słodowego

Braci Bittmann w Raase na Śląsku.

Główny skład dla Królestwa Polskiego u p. *Konstantego Wiszniewskiego* w Aptece pod złotą Gwiazdą w Krakowie.

Ceny rozumieją się od Krakowa; przy zakupnie więcéj niż **25** flaszek opakowanie nie liczy się; butle oplatane po 90 kr.

WODA NATURALNA ze ZDROJU GIZELI

(z WORYCZOWA).

Najodpowiedniejszy orzeźwiający napój tak sam jak z winem lub sokami owocowemi. Używany również jako woda lecznicza w cierpieniach *żołądka, krtani, płuc i pęcherza.*

Cena ½ litrowéj butelki . . . . 17 ct.
„ 1 „ „ . . . . 22 „

Nabywać można w składach wód mineralnych i aptekach.

WYROBY FARMACEUTYCZNO-LECZNICZE KONSTANTEGO WISZNIEWSKIEGO

Aptekarza w Krakowie,

polecone przez Tow. Lek. krak., na wniosek Komisyi przem. tegoż Tow. pismem z d. 6 Kwietnia 1888 r. — Liczba 308.

Kołaczyki prasowane (tabletki)

(Trochisci compressi)

są to leki sproszkowane lub krystaliczne, zgniecione za pomocą osobnego przyrządu do piątéj objętości pierwotnéj, bez domięszania jakiejkolwiek materyi kleistéj. Kołaczyki są przyrządzone z wyborowych gatunków i ściśle odważone. Z powodu gładkiéj powierzchni, łatwo mogą być połknięte, zwłaszcza popijając wodą, i łatwo się rozpuszczają w żołądku. Oprócz poniżéj wymienionych zawsze gotowych, mogą być każde inne zaraz zrobione, zacząwszy od ważących 0·02.

Wysełam w słoikach szczelnie zamkniętych, przeto i po długim czasie nie ulegają zmianie. Ceny są te same, co zwykłych proszków.

Gotowe zawsze na składzie są następujące:

1. *Rp.*	Urethani. . . . . comprimatur.	0·50	8. *Rp.*	Natri bromati . .	0·50
2. „	Ferri natriopyrofos. effervescentis . .	0·50	9. „	Acidi salicylici . .	0·50
3. „	Pulv. rad. Rhei chin.	0·50	10. „	Antipyrini	0·50
4. „	Pulv. fol. Sennae alex. sine resi. . .	0·50	11. „	Natri bicarbon . .	0·50
5. „	Pulv. fol. Sennae sine resina . . . / Tart. depurati . .	0·30 / 0·20	12. „	Phenacetini Bayeri.	0·50
6. „	Extr. Cascarae sagr. siccae . . . . / Tartari depur. . .	0·20 / 0·30	13. „	Extr. Hydrast. can. / Sachari lactis . .	0·20 / 0·3
7. „	Chinini sulf. . . .	0·30	14. „	Morphii muriat . . / Sachari lactis . .	0·01 / 0·50
			15. „	Pulver. Carnis bov. gallici	0·50
			16. „	Hydragyri tannici oxydulati . . . . / Sachari lactis . .	0·02 / 0·40

i t. d.

EKSTRAKT SŁODOWY

wyrobu

I. TRĄBCZYŃSKIEGO

w WINIARACH pod KALISZEM

jako środek leczniczy w kaszlu i innych chorobach piersiowych, wypróbowany w swych skutkach przez lekarzy i chemików, na wystawach Przemysłowo-Rolniczéj Warszawskiéj i Krajowéj Krakowskiéj zaszczycony medalami, oraz na Wystawie higijenicznéj w Warszawie listem pochwalnym.

WODA BROMOWA

zalecona w dwóch gatunkach przez Świetne Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, na wniosek Komisyi dla przemysłu lekarskiego, w 1000 gram. (litrze) wody przesyconéj kwasem węglowym zawiera:

	I. (1·25% Br.) mocniejsza	II. (0·62% Br.) słabsza
Natrii bromati	5·00	2·50
Kalii bromati	5·00	2·50
Ammonii bromati	2·50	1·25
Natrii bicarbonici	0·60	1·00
Szklanka (250 grm.) zawiera	3·125 połączeń bromu	1·562 połączeń bromu.

Powszechnie z najlepszym skutkiem używana w kraju i za granicą w chorobach układu nerwowego.

Cena większéj flaszki 32 i 28 ct., mniejszéj flaszki 24 i 20 ct.

Fabryka gazowych wód leczniczych i higijenicznych.
K. RZĄCA i CHMURSKI
w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.